

LA MENSTRUATION
DANS LES
GROSSESSES TUBAIRES
CONSÉQUENCES CLINIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 11 Décembre 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

FRANÇOIS GIGNOUX

Ex-Interne des Hôpitaux de Lyon, Aide d'Anatomie à la Faculté

Né le 2 Novembre 1894, à Lyon (Rhône)



LYON

IMPRIMERIE - EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

—
1924

LA MENSTRUATION
DANS LES GROSSESSES TUBAIRES

Conséquences cliniques

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire.....	MM. HUGOUNENQ.
Doyen	J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique.....	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	WEILL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie.....	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne.....	POLICARD.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique.....	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée. et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale.....	X.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon).	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
FROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. VILLARD, *Président*; M. PATEL, *Assesseur*;
MM. BONNET et CHALIER (A.), *Agrégés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

LA MENSTRUATION
DANS LES
GROSSESSES TUBAIRES
CONSÉQUENCES CLINIQUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 11 Décembre 1924

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

FRANÇOIS GIGNOUX

Ex-Interne des Hôpitaux de Lyon, Aide d'Anatomie à la Faculté

Né le 2 Novembre 1894, à Lyon (Rhône)



LYON

IMPRIMERIE - EXPRESS

46, Rue de la Charité, 46

—
1924

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLARD

Professeur de Clinique gynécologique

Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

Externat (1913-1920)

- M. LE PROFESSEUR VILLARD.
- M. LE DOCTEUR DESGOUTTES.
- M. LE PROFESSEUR MOURIQUAND.
- M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHALIER.
- M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VORON.
- M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FAVRE.

Internat (1920-1924)

- M. LE DOCTEUR GARDERE.
- M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ FAVRE.
- M. LE DOCTEUR PALLASSE.
- M. LE DOCTEUR DELORE.
- M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PATEL.
- M. LE DOCTEUR DESGOUTTES.
- M. LE PROFESSEUR VILLARD.
- M. LE DOCTEUR MOLIN.
- M. LE PROFESSEUR NOVE-JOSSERAND.

A MES MAITRES A LA FACULTÉ

Laboratoire d'Anatomie

- M. LE PROFESSEUR LATARJET.
- M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ HOVELACQUE.
- M. LE DOCTEUR GALLOIS.

Laboratoire de Médecine opératoire

- M. LE PROFESSEUR VILLARD.
- M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TAVERNIER.
- M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COTTE.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

On a considérablement écrit sur la grossesse extra-utérine. Cependant si l'anatomie pathologique en est bien connue, si la thérapeutique en est précisée, il est d'autres points encore assez obscurs.

Sa symptomatologie, parce que très variée, réalise rarement la description livresque. Aussi pendant son évolution silencieuse est-elle fréquemment méconnue. Il est banal que le diagnostic soit établi seulement lorsqu'éclate plus ou moins brusquement une complication.

Parmi les signes auxquels on accorde classiquement une grande valeur, se placent au premier rang les anomalies des règles. Elles sont, dit-on, toujours modifiées : supprimées, retardées, irrégulières ou remplacées par des écoulements pathologiques très particuliers.

Et pourtant, les faits diffèrent bien souvent de la conception théorique que l'on peut se faire de la grossesse extra-utérine. Au cours de celle-ci la menstruation peut cesser, mais peut avoir lieu comme à l'état normal ; elle peut être simulée par des pertes parfois très distinctes du sang cataménial, parfois, au contraire, presque semblables.

Il n'y a donc rien de précis à ce sujet et c'est pourquoi

les traités restent dans le vague. Il est difficile d'avoir une opinion exacte sans le secours de la clinique.

Le but de ce travail est d'étudier l'état de la menstruation dans la grossesse extra-utérine tant que le fœtus est vivant.

Développant une idée émise il y a plus de vingt ans par le professeur A. POLLOSSON, nous montrerons d'abord que souvent les règles ne sont pas arrêtées à leur temps normal par la nidation tubaire et persistent un ou deux mois malgré la gestation ectopique. L'importance de l'hémorragie péritonéale des grossesses extra-utérines cliniquement jeunes et surtout la disproportion entre l'âge véritable de l'embryon extrait opératoirement et son âge présumé, basé sur la date des dernières époques, nous serviront d'arguments.

Etant admis que les règles peuvent persister une certaine période de la grossesse tubaire, il s'ensuit que les accidents (rupture, perforation, etc...) peuvent éclater pendant cette phase latente. S'ils surviennent dans l'intervalle des règles ce sera seulement une circonstance inattendue. Mais, s'ils se produisent en pleine époque cataméniale (et cela survient fréquemment, la congestion menstruelle favorisant leur apparition) les règles alors s'arrêtent momentanément quelques jours, puis s'installent les métrorragies dues à la rupture tubaire.

Ce point très particulier d'histoire clinique fera l'objet du second chapitre.

Ainsi, dans la grossesse extra-utérine, les renseignements fournis sur la menstruation ne sont pas d'une importance primordiale. A l'inverse de ce qui se passe dans la grossesse normale, synonyme peut-on dire d'aménorrhée,

les époques peuvent subsister, contrairement aux idées théoriques. Ce sera donc sur d'autres symptômes que l'on devra se fonder pour poser le diagnostic : nous les exposerons dans un troisième chapitre.

Ce travail a été rédigé sous l'inspiration de M. le professeur VILLARD. Qu'il nous permette, en le remerciant de ses conseils et de son enseignement à l'hôpital et à la Faculté, de lui en témoigner notre profonde reconnaissance.

CHAPITRE PREMIER

La Menstruation dans la grossesse extra-utérine avec fœtus vivant

La menstruation est une évacuation sanguine temporaire d'origine utérine, qui se produit périodiquement et régulièrement à peu près tous les vingt-huit jours à l'état normal, depuis l'âge de la puberté jusqu'à celui de la ménopause.

L'écoulement est d'abord muqueux, rosé, puis la quantité de sang augmente pour atteindre en moyenne de 100 à 200 grammes au total. Le sang est fluide, sans caillots, un peu foncé, d'odeur fade et sans fétidité. La durée de chaque période cataméniale est, en général, de trois à huit jours.

Telle est la définition de la menstruation. Il importait de bien préciser ce qui caractérise cette expulsion sanguine physiologique pour la distinguer des écoulements qui peuvent se produire au cours de la grossesse extra-utérine.

Dans ce cas, si les pertes ne présentent pas les carac-

tères (périodicité, aspect, quantité, etc...) du flux menstruel, on ne pourra les confondre avec les règles et parler de persistance de celles-ci. Si, au contraire, rien d'anormal n'est venu troubler la régularité et la qualité des époques jusqu'à l'apparition d'accidents suivis d'intervention, il faudra bien admettre, le diagnostic étant vérifié opératoirement, que la menstruation n'a pas été modifiée, pendant un certain temps, par le développement d'une gestation ectopique.

Dans ce chapitre, nous rechercherons l'état des règles dans la grossesse extra-utérine pendant les premiers mois, tant que l'œuf anormalement greffé vit et se développe (1).

Avant d'exposer les arguments qui permettent de penser que les règles ne sont pas arrêtées à leur temps normal par la gestation tubaire, nous allons rapporter les idées actuellement admises et les diverses opinions exprimées sur ce point.

I. — DONNEES CLASSIQUES. HISTORIQUE

La symptomatologie classique de la grossesse extra-utérine, dans ses formes non compliquées, peut se résumer dans une triade caractéristique : anomalies des règles ; douleurs ; tumeur juxta-utérine.

Les modifications des règles, qui seules nous intéressent, sont considérées comme le symptôme fonctionnel le plus important. Les règles sont, en effet, modifiées dans leur date d'apparition : il y a eu un retard, parfois très minime,

(1) On sait, en effet, que les règles reparaissent deux mois environ après la mort de l'embryon (PINARD).

quelques jours, d'autres fois plus considérable, se chiffrant par semaines ou par mois. Elles sont modifiées dans leur quantité, leur durée, leur périodicité : plus abondantes qu'à l'état normal, elles durent plus longtemps et reparaissent ensuite très irrégulièrement. Elles sont rarement constituées par du sang rouge : plus épais, noirâtre, l'écoulement est rouillé, couleur chocolat. Enfin, dans le sang évacué, se trouvent parfois des produits très particuliers qui proviennent de la caduque utérine : tantôt celle-ci est expulsée en entier représentant le moule de la cavité utérine et passe alors rarement inaperçue, d'autres fois ce sont des débris plus ou moins altérés, mais dont l'importance diagnostique reste considérable.

En somme, ces pertes sont tout à fait différentes des règles véritables et ne méritent pas ce nom : les règles sont supprimées.

Cette opinion généralement admise, à l'heure actuelle, a été soutenue et vulgarisée particulièrement par PINARD. Dans ses travaux et dans les thèses qu'il a inspirées sur ce sujet (RALLI, CAZEAUX, MAUR) il a posé en principe la suspension de la menstruation quel que soit le siège de la grossesse.

Moins affirmatif en 1886 dans le Dictionnaire DECHAM-
LRE, où il écrit que dans la gestation ectopique « les règles sont assez souvent supprimées » et où il rapporte d'ailleurs une observation où le fœtus est beaucoup plus développé que ne devrait le comporter le retard de règles, il devient très catégorique dans ses publications postérieures.

Son article des *Annales de Gynécologie*, de septembre 1892 a comme conclusions : « Les règles sont toujours

supprimées pendant la grossesse extra-utérine et ne reparaissent que deux ou trois mois après la mort du fœtus. »

Plus tard (1894) il écrit : « Bien que des auteurs classiques, et non des moins autorisés, admettent que les règles peuvent se produire pendant la grossesse ectopique comme pendant la grossesse utérine, je ne saurais trop m'élever contre cette manière de voir. La femme enceinte n'est pas plus réglée pendant la grossesse ectopique que pendant la grossesse utérine. Il peut se produire pendant toute la grossesse des hémorragies utérines, mais les hémorragies diffèrent toujours des hémorragies cataméniales physiologiques par le défaut de périodicité aussi bien que par la quantité et la qualité du sang perdu. » Donc, pour lui, il n'y a pas de règles, quel que soit le siège de l'œuf. Dès que l'ovule est fécondé, la menstruation cesse et dans la gestation ectopique, même à son début, les pertes qui peuvent se produire ne ressemblent en rien aux règles dont elles ne font que donner l'illusion.

Cependant, d'autres auteurs sont moins exclusifs, aussi bien à l'étranger qu'en FRANCE.

Dans les « Leçons sur les maladies des femmes » de WEST, on trouve en note : « Les grossesses extra-utérines... s'accompagnent de la plupart des phénomènes habituels de la grossesse, mais avec quelques modifications dont il faut tenir grand compte. Ainsi dans les grossesses extra-utérines, l'interruption des règles est moins habituelle. »

D'après WILLIAM THOMPSON LUSK : « Habituellement la menstruation s'arrête, bien que le phénomène ne se produise pas avec la même régularité que dans la grossesse normale. Le retour du flux menstruel à une ou deux époques cataméniales ne constitue pas une éventualité rare. »

OLSHAUSEN (III^e Congrès des Gynécologistes allemands) signale que dans bien des cas de grossesse tubaire, la menstruation n'est nullement troublée.

HIRST, étudiant 22 observations de gestation ectopique, trouve que dans 6 d'entre elles la menstruation n'a présenté aucun changement.

La même opinion est exprimée par MULLER qui, analysant 50 cas, constate que la suppression des règles n'a même souvent pas lieu.

Les auteurs français sont tout aussi éclectiques.

On a noté parfois la persistance de la menstruation dans la grossesse extra-utérine, écrit PONCET dans le Dictionnaire DECHAMBRE.

Pour DE SINÉTY : « l'état de la menstruation varie selon les sujets. Le plus souvent les règles sont supprimées, d'autres fois elles persistent pendant les premiers mois (Observation de DUMONTPALLIER, Société de Biologie, 1877) ou sont remplacées par un écoulement séro-sanguin peu abondant, mais presque continu. »

L'opinion de CHARPENTIER est analogue : « Les règles présentent le caractère habituel de la suppression et c'est sur ce caractère que l'on se fonde pour remonter au début de la grossesse ; mais cette suppression est moins absolue que dans la grossesse physiologique. Elle présente des irrégularités. Tantôt les règles persistent dans les premiers mois de la gestation avec leur abondance et leur régularité habituelle et ne disparaissent qu'à une époque plus avancée ; tantôt, au contraire, elles se suppriment au début, reparaissent plus tard pour disparaître de nouveau avant le terme naturel de la grossesse. »

RIBEMONT-DESAIGNES et LEPAGE écrivent : « La gros-

sesse extra-utérine a une symptomatologie très variée, fertile en incidents. Si les règles sont habituellement supprimées et si, dans le tiers des cas (PINARD) la femme ne perd pas de sang, il n'est point rare cependant qu'un écoulement sanguin se produise : tantôt il a lieu à l'époque des règles, il est rouge et s'accompagne de douleurs assez vives : l'ovulation ne reste pas silencieuse. »

Sur 18 des 50 cas de grossesse ectopique observés par BOUILLY, il n'y eût ni arrêt des règles ni aucun signe de gravidité. Le même auteur insiste à plusieurs reprises sur ce point : « la conception pouvant se produire sans qu'il y ait aucun trouble de la menstruation » si bien que « dans 22 autres cas, l'âge de la grossesse est inconnu par suite de l'absence de retard ou de suppression des règles et de tout signe de grossesse. »

Comme on le voit, un nombre assez considérable d'auteurs signalent la persistance de la menstruation au début de la grossesse ectopique.

Mais personne n'avait encore attiré l'attention sur la disproportion entre l'âge réel de l'œuf extrait opératoirement et son âge présumé basé sur la date des dernières règles.

C'est le professeur A. POLLOSSON qui, le premier, à notre connaissance, a fait remarquer que le développement de l'embryon était souvent bien plus considérable que ne permettait de le supposer un interrogatoire même minutieux et serré sur l'état de la menstruation.

Dans la séance du 22 mars 1900 de la Société de Chirurgie de Lyon, à la suite d'une présentation dont nous donnerons plus loin le compte rendu, A. POLLOSSON signale très nettement le fait et en admet la généralité en

se basant sur les dimensions des œufs et le volume des placentas. « La conclusion est que dans la grossesse tubaire, les règles peuvent persister pendant le premier ou les deux premiers mois. »

La même idée est exprimée dans la thèse de son élève PACALIN : « Nous savons que la grossesse extra-utérine peut se développer avant le début de la grossesse utérine. Dans ce cas, les règles peuvent continuer avec leur aspect normal pendant le cours de la grossesse extra-utérine et cessent seulement au moment où débute la grossesse utérine. » C'est indiquer ainsi très clairement l'opposition qui existe entre la grossesse ectopique et la gestation normale sous le rapport de la menstruation.

A la suite de POLLOSSON cette opinion est exposée dans plusieurs travaux ou communications.

PICHEVIN, dans un article de la *Semaine Gynécologique*, du 22 avril 1902, dont nous n'avons pu malgré nos recherches trouver l'original, est d'un avis semblable. Nous citons textuellement l'analyse, malheureusement trop courte, de son travail intitulé : *Règles et grossesse extra-utérine*. « Des observations prises par M. PICHEVIN, il résulte que la femme qui porte une grossesse tubaire peut continuer à être réglée; bien que le fait soit rare, il est donc exact. On ne doit donc pas se fier à la persistance de la menstruation pour éliminer l'hypothèse de la grossesse tubaire. »

A Lyon, M. GOULLLOUD, surtout, a insisté sur ce point dans plusieurs discussions à la Société de Chirurgie ou à la Société des Sciences Médicales.

En 1901 tout d'abord : « Il ne faut pas se fier à la dernière apparition des règles pour établir l'âge de la

grossesse. Les règles peuvent persister dans les premiers mois de la grossesse ectopique. »

Il y revient, en 1903, à la Société de Chirurgie de Lyon : « J'insiste à nouveau sur la discordance fréquemment constatée entre l'âge de la grossesse indiquée par la suppression des règles et l'âge constaté au cours de l'intervention. Dans la grossesse ectopique, c'est un signe important au point de vue du diagnostic et de l'intervention. »

M. VILLARD partage son opinion et croit, « comme M. GUILLOUD, que la grossesse tubaire ne retentit que tardivement sur les règles. »

A nouveau (1909), M. GUILLOUD expose cette même notion avec les conséquences thérapeutiques qu'elle comporte. « Je pensais que l'on pourrait peut-être trouver une indication dans l'âge présumé de la grossesse extra-utérine, une grossesse plus avancée comportant des risques de plus grande hémorragie et, par suite, une indication plus pressante d'hémostase. Mais nous nous heurtons là à une difficulté de diagnostic très réelle. Ainsi que je l'ai dit souvent, on ne peut dans les processus ectopiques se baser sur les dates d'apparition des dernières règles. Il est probable que normalement, celles-ci ne manquent pas dès le début de la grossesse extra-utérine, car celles-ci sont toujours plus avancées que ne le feraient supposer les renseignements fournis par les dernières règles. »

Enfin, à l'occasion d'une présentation de M. ALBERTIN à la Société de Chirurgie de Lyon en 1910, cette question de la persistance des règles dans la grossesse ectopique fut discutée par MM. GUILLOUD, ALBERTIN et DURAND. En raison de son intérêt nous reproduisons intégralement le compte rendu.

« M. GUILLOUD. — Je demanderai d'autre part à M. ALBERTIN s'il a remarqué que le développement de l'embryon fut en rapport avec l'âge présumé de la grossesse basé sur la cessation des règles. Pour moi, j'ai souvent constaté que l'embryon était plus développé que le comporterait la disparition des règles, ce qui ferait admettre la persistance de celles-ci pendant le premier ou les premiers mois de la grossesse tubaire. Ceci aurait de l'importance, car on peut supposer qu'à une rupture plus tardive de l'œuf doive correspondre, le plus souvent du moins, une hémorragie intra-péritonéale plus abondante et peut-être une indication opératoire différente.

M. ALBERTIN. — La malade dont il s'agit avait eu ses règles le 15 novembre, mais souvent les malades n'accusent pas la cessation de leurs règles; d'autre part, il est difficile pour elles de distinguer ce qui est l'écoulement menstruel d'avec un écoulement accidentel. En cas de grossesse tubaire, c'est le plus souvent du sang couleur chocolat qui indique qu'on n'a plus affaire à des règles normales. Je ne sais pas si on peut établir une relation entre la persistance des règles et le début de la grossesse tubaire, le cas actuel donnerait un embryon de 3 mois; la malade aurait eu ses règles le 15 novembre, la grossesse est peut-être antérieure. Il y a là un point difficile à élucider, car il n'est pas commode de faire préciser par les malades la date du dernier écoulement menstruel et celle de l'écoulement pathologique.

M. DURAND. — M. GUILLOUD a insisté sur ce que les règles sont conservées, mais avec retard d'apparition et diminution de volume au début des grossesses tubaires. Ce signe est aujourd'hui bien connu, admis par tous et

mérite d'être considéré comme classique tant il est fréquent, je dirais presque constant. Il permet même de préciser l'âge de la grossesse de la façon suivante : la conception date en général du mois qui précède l'époque menstruelle qui a été marquée d'un retard et d'une diminution de l'écoulement sanguin.

Contrairement à M. GUILLOUD, je ne crois pas que l'importance de l'inondation péritonéale soit d'autant plus grande que la grossesse est plus avancée. J'ai vu des inondations terribles, dont une mortelle, avec un fœtus long de 2 centimètres; j'ai vu, par contre, de petites hémorragies avec une grossesse très avancée. »

M. DURAND appuie son argumentation d'une observation que nous rapporterons plus loin.

Cette discussion offre le plus grand intérêt, car elle montre à la fois les conséquences cliniques et thérapeutiques des faits signalés par M. GUILLOUD, ainsi que les objections que l'on peut formuler.

II. — PERSISTANCE DES REGLES 'AU COURS DE LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE

Les règles persistent pendant un ou plusieurs mois au cours de la grossesse ectopique.¹

A l'appui de cette proposition, nous apporterons deux arguments :

1° L'importance de l'hémorragie intra-péritonéale dans les grossesses tubaires cliniquement jeunes.

2° Le développement de l'œuf extra-utérin est souvent beaucoup plus considérable que ne l'indique la date des dernières règles.

A. — Importance des Hémorragies intra péritonéales des grossesses tubaires présumées jeunes.

Dans les observations de grossesse extra-utérine cliniquement jeunes (d'après la date des dernières règles) ayant causé des accidents, il est très fréquemment noté qu'il existait une quantité considérable de sang dans l'abdomen ou que l'on a retiré beaucoup de caillots. (Obs. I, III, V, IX, XV.)

En se basant sur le mécanisme des accidents hémorragiques de la gestation tubaire, il est permis de supposer qu'en réalité la grossesse était plus avancée que ne le faisait prévoir l'interrogatoire.

Qu'il s'agisse de rupture ou de perforation de la trompe, d'avortement tubaire ou tubo-abdominal, le volume de l'œuf, le développement de ses annexes interviennent pour conditionner l'importance de l'hémorragie.

C'est l'opinion de BOUILLY : « Une considération semble dominer toute cette gravité des accidents immédiats, c'est l'âge de la grossesse au moment de son interruption, de la rupture tubaire. »

« On peut dire d'une façon générale que l'abondance de l'hémorragie due à la rupture est en raison directe de l'âge de la grossesse. » (LABADIE-LAGRAVE et LEGUEU.)

LE DENTU et BONNET sont du même avis : « L'hémorragie est d'autant moindre que la grossesse est plus jeune. »

M. GOUILLOUD est également très affirmatif : « On peut avoir de sérieuses hémorragies avec de petits fœtus qu'on ne trouve pas, mais rarement la mort. Avec un fœtus plus développé, l'hémorragie est plus grave. »

Cependant, l'âge de la grossesse n'est pas le seul facteur commandant l'abondance de l'épanchement abdominal. Il en est néanmoins une des conditions principales.

Il est évident que plus l'œuf est gros et plus la déchirure tubaire sera étendue. Il est clair, de même, qu'à placenta plus volumineux aboutissent des vaisseaux plus développés.

On peut donc se demander si, dans les cas d'inondation péritonéale survenant chez des femmes ayant seulement quelques jours de retard, il ne s'agit pas là d'un accident d'une grossesse ectopique plus ancienne en réalité mais méconnue, les règles précédentes ayant été normales.

Cinq de nos observations (Obs. I, III, V, IX, XV), confirment cette manière de voir.

B. — Disproportion entre le développement du fœtus et son âge calculé sur les dernières règles.

Nous allons rapporter 16 observations où manifestement l'embryon était beaucoup plus volumineux que ne pouvait le faire supposer la date des dernières époques.

Nous ferons suivre chacune d'elles de quelques réflexions.

Mais, pour les commenter utilement, il nous faut auparavant envisager deux points :

1° Qu'il s'agisse d'une grossesse normale ou ectopique, comment calculer son âge en se basant sur la date des dernières règles ?

On ne sait pas encore quand commence exactement la gestation. La fécondation peut avoir lieu entre le dernier

jour des règles qui ont apparû et le jour où les règles ont manqué pour la première fois.

L'interrogatoire ne permet de déduire l'âge du fœtus qu'à 2 ou 3 semaines près.

Aussi, dans l'analyse des observations, assignerons-nous au début (présumé) de la grossesse la date de la dernière époque cataméniale, accordant ainsi au fœtus l'âge (présumé) maximum.

2° Nous reproduisons, d'après la *Pratique de l'Art des accouchements*, le tableau suivant indiquant les caractéristiques de l'embryon à ses différents stades.

Longueur et poids du fœtus aux différents âges.

MOIS LUNAIRES	POIDS MOYEN	LONGUEUR minima-maxima
Fin du 1 ^{er} mois.....	»	7-8 millimètres.
Fin du 2 ^e mois.....	»	22-25 millimètres.
Fin du 3 ^e mois.....	35 grammes	7-9 centimètres.
Fin du 4 ^e mois.....	55 grammes	10-17 centimètres.
Fin du 5 ^e mois.....	273 grammes	18-27 centimètres.
Fin du 6 ^e mois.....	676 grammes	28-34 centimètres.
Fin du 7 ^e mois.....	1.170 grammes	35-38 centimètres.

Poids du placenta au 6^e mois : 258 gr. 3.

Poids du placenta au 7^e mois : 309 gr. 0.

Nous avons rangé nos observations en 2 groupes :

1° 12 observations avec mensurations du fœtus.

2° 4 observations sans mensurations du fœtus.

1^o Observations avec mensurations

OBSERVATION I

(DUMONT-PALLIER. *Contribution à l'étude des hématoécèles consécutives aux grossesses extra-utérines.*)

Cath. Justine, âgée de 29 ans, ménagère, entre le 3 mars 1877 dans le service de M. DUMONT-PALLIER, à l'hôpital de la Pitié, dans un état d'anémie extrême.

Cette femme, réglée depuis l'âge de 11 ans, avait toujours eu une menstruation régulière, mais toujours aussi ses règles duraient de 12 à 15 jours ; jeune fille, elle fut d'une bonne santé ; mariée, elle accoucha de trois enfants dans l'espace de plusieurs années et continuait à jouir d'une bonne santé.

Sans avoir de fortes couleurs, elle était loin d'être pâle, cependant, depuis un an environ, sans cause connue, elle aurait perdu un peu de ses forces. Vers le mois de novembre, elle ressent dans le ventre des douleurs assez vagues et se trouve plus faible. Ces symptômes toutefois ne sont pas assez marqués pour l'empêcher de travailler.

Cet état persiste jusqu'au 19 février. Jusqu'alors ses règles, toujours régulières, apparaissaient le 19 de chaque mois, durant 12 à 15 jours.

Le 19 février, elle est prise de douleurs vagues dans le ventre et voit apparaître ses règles. Elle perd à peu près comme d'habitude, lorsque subitement, jeudi dernier, 1^{er} mars, alors que ses époques duraient encore, elle est prise de douleurs vives dans le bas-ventre, de nausées, de vomissements, se trouve faible et étourdie, devient pâle et froide et croit qu'elle va perdre connaissance. On la réchauffe.

Pendant toute cette journée, elle accuse de vives coliques et, outre une certaine quantité de sang liquide, elle perd, dit-elle, une sorte de morceau de chair, ce qui d'après ses réponses ne devait être qu'un caillot. Cette masse ne présentait aucune poche, aucune membrane ; la malade affirme du reste ne pouvoir être enceinte. Elle perd encore dans la soirée quelques petits caillots. A partir de ce moment, la pâleur et la faiblesse, qui l'avaient

subitement prise, persistent chez elle et, de plus, un certain degré de surdité, que depuis longtemps elle accusait, s'accentue également. Le lendemain, elle se trouve encore plus pâle et plus faible, aussi, le 3 mars (samedi), entre-t-elle à l'hôpital.

Etat actuel (résumé). — Femme très pâle et très faible, lipothymique.

Examen : hématocele rétro-utérine avec épanchement considérable.

Jusqu'au 20 mars, état sensiblement stationnaire.

Le 20 mars, apparition de quelques gouttes de sang par le vagin, fait qui coïncide avec l'époque de la menstruation chez la malade (19 au 20 de chaque mois).

Le 23 mars, vers 9 heures, elle meurt après avoir présenté plusieurs crises convulsives.

Autopsie (résumé). — Tumeur sanguine de volume considérable, s'étendant en haut jusqu'à deux, trois travers de doigts de l'ombilic, plongeant en bas dans le petit bassin entre le rectum et l'utérus, se prolongeant latéralement jusque dans les fosses iliaques.

Cet immense caillot est enfermé dans une poche formée par les organes voisins réunis par des adhérences. Il est constitué par plusieurs couches successives de couleur de plus en plus voisine de celle du sang, au fur et à mesure qu'on se rapproche de la trompe droite. En effondrant les dernières couches du caillot on arrive sur une tumeur molle, élastique, qui se vide. On sectionne cette poche que l'on reconnaît bientôt être une poche amniotique et on trouve un fœtus attaché par son cordon à un corps rouge foncé, élastique, qui n'est autre que le placenta.

Le fœtus mesure dans sa longueur 5 centimètres et demi ; le cordon, grêle, mais encore assez résistant, offre 9 centimètres de long, et le placenta 2 centimètres d'épaisseur. La grossesse doit donc remonter à peu près à deux mois et demi à trois mois.

Examen histologique fait par DE SINÉTY (résumé). — L'ovaire droit présente un corps jaune de la grosseur de 25 millimètres de diamètre.

Sur l'ovaire gauche, on constate un corps jaune arrondi de 4 millimètres de diamètre (après durcissement) ayant une constitution histologique curieuse. Sa structure indiquait que sa formation remontait à une époque antérieure à celle de la formation du gros

corps jaune de l'ovaire droit qui, lui-même, n'était pas de date récente.

Je ferai observer, en terminant cette note, que chez notre malade l'état de la menstruation n'avait subi aucune influence du fait de la grossesse. Le 19 février, les règles s'étaient montrées à l'époque ordinaire et, le 20 mars, quelques jours avant la mort, on observait encore un écoulement de sang par le vagin. Ces écoulements de sang avaient donc conservé le caractère des véritables règles se montrant à époque fixe et ne peuvent pas être confondus avec les métrorragies signalées si fréquemment dans les cas de grossesse extra-utérine.

Réflexions par DUMONT-PALLIER (Extraits). — Et cette hypothèse (d'une grossesse extra-utérine) nous l'avions maintenue bien que la malade nous eût répété plusieurs fois qu'elle ne se croyait point enceinte et bien que depuis trois mois l'écoulement menstruel se fut manifesté aux époques normales.

De plus, il ressort, des faits consignés ci-dessus, qu'une grossesse extra-utérine péritonéale peut être accompagnée, pendant plusieurs mois, d'un écoulement menstruel abondant bien que les hémorragies et les métrorragies aient été surtout notées dans les grossesses tubaires.

Il ressort encore de l'examen histologique que, dans de semblables conditions, la malade peut avoir un écoulement menstruel plus ou moins abondant, bien qu'il n'y ait pas d'ovulation à chacune des époques dernières : ce fait est bien établi par les recherches histologiques du docteur DE SINÉTY. ♦

Il n'y a rien à ajouter à cette observation très détaillée et précise et aux commentaires qui l'accompagnent. Les dernières règles datent d'un mois, le fœtus a deux mois et demi à trois mois : la menstruation a donc subsisté deux mois malgré la grossesse ectopique. Remarquer aussi l'abondance de l'hémorragie bien disproportionnée avec une aménorrhée d'un mois.

OBSERVATION II

(PINARD. Dictionnaire Dechambre.)

Grossesse tubaire gauche. Rupture du kyste. Péritonite à marche lente. Hémorragies successives. Mort au cinquième mois. (Observation recueillie dans le service de M. PINARD, par M. VARNIER, interne du service.)

Résumé. — Femme S..., entrée à Lariboisière le 20 novembre 1885, deux accouchements à terme. Bonne santé habituelle, toujours bien réglée. A vu ses règles se supprimer depuis le mois de juillet.

Vers le milieu de septembre elle fut prise, sans cause appréciable, d'une métrorragie qui dura plusieurs heures. Un médecin appelé pense à une fausse couche. Le lendemain, nouvelles pertes, douleurs expultrices ; elle expulse un œuf un peu moins gros qu'un œuf de poule, dans lequel il fut impossible de découvrir un embryon.

A la suite de cette prétendue fausse couche, apparition de symptômes de péritonite ; douleurs du bas-ventre, augmentation progressive du volume de l'abdomen.

A l'entréc. — On perçoit, dans la fosse iliaque gauche, une tumeur dont l'auscultation fait entendre les bruits du cœur fœtal.

M. PINARD porte le diagnostic de grossesse extra-utérine, péritonite de voisinage présentant, en ce moment, une exacerbation. La prétendue fausse couche de septembre correspond probablement à l'expulsion de la caduque hypertrophiée et cette hypothèse fut confirmée par les renseignements fournis ultérieurement par le médecin de la femme S...

Le troisième jour après son entrée, aggravation des signes de péritonite qui s'accroissent jusqu'à la mort survenue le 7 décembre.

Autopsie. — (36 heures après la mort). — La cavité abdominale est remplie de sang couleur raisiné. Le kyste fœtal occupe la fosse iliaque gauche. Le placenta s'insère sur le kyste au niveau d'une perforation de celui-ci.

Le kyste fœtal, constitué au dépens de la trompe gauche disso-

ciée, renferme 1 litre de liquide purulent dans lequel nage un fœtus macéré pesant 625 grammes et mesurant 30 centimètres.

Le placenta pèse 425 grammes.

L'interruption des règles est de quatre mois à quatre mois et demi. Le fœtus, de par ses dimensions, a tout près de six mois révolus. Quant au placenta, il pèse plus qu'au septième mois. Les règles sont donc apparues une fois après le début de la grossesse tubaire.

OBSERVATION, III

(POTHERAT, Sur trois cas de grossesse extra-utérine.)

Résumé. — Femme de 34 ans. Enceinte il y a 12 ans, a eu une grossesse normale et un accouchement régulier.

Vers la fin de septembre dernier, deux ou trois jours avant l'époque présumée de ses règles, elle avait ressenti, tout d'un coup, dans le bas-ventre, une violente douleur, suivie presque immédiatement de ballonnement du ventre et de vomissements.

Une accalmie survint qui dura quatre ou cinq jours, mais les accidents reparurent, suivis bientôt d'une nouvelle période d'accalmie.

Plusieurs crises se reproduisirent dans les mêmes conditions.

Huit jours après la première crise s'était montrée, au dire du médecin, une tuméfaction abdominale qui augmenta notablement après chacune de celles qui suivirent.

A l'examen. — Tumeur abdominale et péri-utérine molle et rénitente.

Pâleur, anémie. La température oscille entre 38°5-39°.

Du 25 octobre au 2 novembre aucune amélioration. On pose le diagnostic d'hématocèle.

M. POTHERAT agit de suite par voie vaginale. Incision large du cul-de-sac postérieur, il s'écoule une abondante quantité de sérosité hématique. La poche est remplie de caillots. Les annexes droites sont perdues dans un magma de caillots, à gauche elles portent des lésions anciennes, ce qui détermine à pratiquer de

suite l'hystérectomie vaginale qui se fait très facilement. Des caillots, en quantité considérable, s'écoulaient alors et on recueillit un *fœtus de 8 à 10 cm.* de long, avec un cordon très grêle se rattachant à un placenta non altéré qu'il fallut détacher des anses intestinales sur lesquelles il était greffé.

Sur les annexes droites existe une poche de notable étendue formée par la trompe et qui avait dû évidemment être le siège primitif de la grossesse extra-utérine.

Suites opératoires très simples.

Le fœtus est âgé de trois mois à trois mois et demi alors que les règles ne sont arrêtées que depuis deux mois et quelques jours.

OBSERVATION IV

(ROUTIER. Traitement de la grossesse extra-utérine. *Annales de Gynécologie*, 1896.)

Dans le premier cas, j'avais été appelé auprès d'une dame qu'on croyait atteinte d'appendicite. Dès mon premier examen je dis hématocele rétro-utérine et proposai de l'ouvrir parce qu'il me semblait, d'après ce qu'on me racontait, que cette hématocele durerait depuis plusieurs semaines. Mais les médecins étant de la catégorie de ceux qui redoutent les opérations m'obligèrent à surseoir.

Or, les symptômes péritonéaux disparurent et force fut de me laisser agir. Entre temps, cette tumeur que j'avais sentie tout à fait rétro-utérine me parut s'être élevée dans l'abdomen, je résolus cependant de l'attaquer par voie vaginale.

La malade avait eu des enfants, avait eu ses règles, un peu déviées il est vrai, je n'avais pas songé à la grossesse extra-utérine, mais au moment d'inciser le cul-de-sac, l'état mou et violacé du col me fit porter le diagnostic.

Le cul-de-sac du vagin ouvert, j'arrivai sur une tumeur que j'incisai ; il sortit du sang et des caillots et je tirai un fœtus de 12 centimètres dont le cordon se rompit.

Viennent ensuite des détails concernant les suites opératoires.

Le fœtus est âgé de 3 mois et demi environ. Il n'y a

pas eu d'arrêt des règles : elles ont donc persisté pendant tout ce temps malgré la grossesse tubaire. Étaient-elles absolument normales ? « Un peu déviées » dit l'observation, expression qu'il est bien difficile d'interpréter. Il y a lieu de supposer qu'elles devaient être sensiblement normales, puisque la grossesse extra-utérine ne fut soupçonnée qu'au moment de l'intervention.

OBSERVATION V

(ROUTIER, *loc. cit.* Résumé.)

Quelques jours après, dans mon service, je constatai tous les signes d'une hématocele rétro-utérine chez une femme de 31 ans, multipare. *Ses dernières règles étaient du 17 mars*, nous étions au 31 mai.

Elle avait eu, quinze jours auparavant, une forte douleur dans le ventre et s'était alitée. Elle était enfin venue sous l'influence d'une poussée nouvelle.

Incision rétro-utérine. On retire un plein bassin de caillots noirs. On croit sentir un fœtus. Trente-six jours après, un lavage de la poche ramène un fœtus de 15 centimètres.

De par ses dimensions, le fœtus a 4 mois révolus. Les règles n'ont cependant cessé que depuis un mois et demi. Elles ont donc persisté pendant deux mois après le début de la grossesse. (Nous ne comptons que 74 jours d'aménorrhée, du 17 mars au 31 mai, et non 110, car il est évident que le fœtus est mort au moment de la colpotomie.) Remarquer l'importance de l'hémorragie (on retire un plein bassin de caillots) malgré l'âge présumé très jeune de la gestation.

OBSERVATION VI

(Extraite de la thèse de CAZEAUX : Observation IV, N° 2,344,
Clinique Baudelocque, année 1899.)

Femme journalière, âgée de 34 ans, ne présentant aucun antécédent pathologique. Réglée à 15 ans 1/2, depuis toujours très régulièrement.

Cinq accouchements normaux n'ayant rien présenté de particulier.

Les dernières règles datent *du 1^{er} au 10 septembre* environ. Le 10 octobre elle perd un peu de sang roussâtre : écoulement de très courte durée ne ressemblant en rien à des règles. Depuis cette époque, la malade accuse des douleurs dans le ventre, surtout dans la fosse iliaque droite. Le 14 novembre, elle est réveillée au milieu de la nuit par de vives douleurs dans le bas-ventre.

Sueurs abondantes, pas de frisson.

Un médecin appelé conseille le repos au lit et des injections chaudes. Il examine la malade les jours suivants et prévient qu'une opération est nécessaire. La malade garde le lit, mais dans la nuit du 30 novembre, elle est à nouveau reprise de violentes douleurs.

Le 30, au matin, le ventre est ballonné, les douleurs s'irradient dans la cuisse droite. Les garde-robes sont normales. Aucun trouble de la miction. Depuis cette époque, les douleurs n'ont pas cessé, le ventre reste ballonné, douloureux à la pression. La malade a des vomissements, des syncopes, mais comme elle ne veut pas d'opération, le médecin lui fait des badigeonnages de collodion sur le ventre.

Dans la nuit du 4 au 5 décembre elle est prise de vomissements alimentaires, puis bilieux, suivis d'une syncope assez longue. On la transporte à Baudelocque, à 8 h. 1/2 du matin. La faiblesse est telle qu'on doit l'étendre immédiatement sur un brancard. Le faciès est grippé. Pouls : 136.

M. BAUDRON l'examine, trouve un ventre ballonné, douloureux au moindre attouchement.

Au toucher : cul-de-sac vaginal postérieur rempli par une tumeur rénitente qui refoule l'utérus en avant. A droite et à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse il perçoit vaguement le

fond de l'utérus. La tumeur abdominale paraît se limiter à un travers de main au-dessus du pubis et à droite. Il fait le diagnostic de grossesse extra-utérine de la trompe droite rompue, hémorragie intra-péritonéale et péritonite.

Il décide d'intervenir le plus tôt possible et de faire la laparotomie parce que la trompe doit continuer à saigner et qu'il existe des phénomènes de péritonite. M. PINARD, prévenu, partage cette opinion. L'opération est décidée.

Opération à 1 heure 1/2 du soir, la femme est endormie. M. BAUDRON fait, sur la paroi abdominale, une incision médiane de 5 centimètres à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. A l'ouverture du péritoine, il tombe sur une tumeur limitée en haut par des adhérences péritonéales épaisses, formées par l'épiploon et l'intestin, et, en bas, par l'utérus et les ligaments larges.

Incision : il s'écoule aussitôt un sang noir, visqueux, assez abondant. Introduisant la main dans la cavité, M. BAUDRON retire, avec des caillots, un fœtus de 55 grammes et les débris de la poche tubaire à laquelle adhère le placenta. Cette trompe est pédiculisée et réséquée, après pincement de son pédicule par trois pinces qui sont laissées à demeure.

Le corps de l'utérus est hypertrophié.

Lavage de la cavité avec de l'eau stérilisée et tamponnements à la gaze iodoformée.

L'opération a duré 20 minutes.

On fait à la malade une injection de sérum. Le poulx se relève mais l'hémorragie dure encore un certain temps.

Le fœtus extrait pèse 55 grammes, les caillots 270 grammes, le placenta adhérent aux parois du kyste 130 grammes, sang liquide 120 grammes.

L'observation rapporte ensuite, en détail, les suites opératoires et l'autopsie.

L'opération effectuée 85 jours après les dernières règles montre un fœtus de 55 grammes et un placenta de 130 grammes. Or, c'est seulement à 4 mois révolus que l'embryon pèse 55 grammes et le placenta 130 grammes (d'après FABRE). L'aménorrhée ayant été de 3 mois, la

menstruation a donc persisté pendant un mois après la fécondation. Encore faut-il noter ici que le fœtus était certainement mort quelques jours avant l'intervention.

OBSERVATION VII

(Observation XII de la thèse de COUVELAIRE.)

*Grossesse tubaire ampullaire droite. Sac intact.
Torsion lâche du pédicule. Hôpital Broça (M. Pozzi).*

Résumé. — Adeline P..., 33 ans.

Dernières règles le 4 janvier, comme d'habitude. Durée, 4 jours.

Le 19 janvier 1900, la malade a été prise de très vives douleurs dans le bas-ventre qui ont duré six heures. A partir de cette date, elle a toujours souffert et perdu quotidiennement un peu de sang. Le 23 février, douleurs très fortes dans le bas-ventre avec vomissements.

Intervention le 2 avril 1900 (M. Pozzi). — Ablation d'une grossesse ampullaire droite.

Examen des pièces (M. COUVELAIRE). — Le fœtus a une longueur totale de 15 centimètres ; il est frais mort.

Dans cette observation le fœtus mesure 15 centimètres. Il a donc 4 mois pleins (120 jours). Des dernières règles au jour de l'opération, il n'y a pas 3 mois (84 jours). L'embryon a vécu jusqu'au moment de l'intervention : il est frais mort (COUVELAIRE). Son âge réel dépasse donc d'un mois son âge présumé fondé sur la cessation des règles. La menstruation a donc eu lieu normalement une fois, le 4 janvier, bien que la grossesse ait commencé dans les premiers jours de décembre.

OBSERVATION VIII

(Observation XIV de la thèse de COUVELAIRE, résumée.)

*Laparotomie d'urgence pour rupture intra-péritonéale
96 jours après les dernières règles.*

Femme de 32 ans, ménagère, entre à l'Hôpital de la Pitié, service de M. TUFFIER.

Dernières règles vers le 15 décembre 1897. Vers le milieu de février, à l'époque où elle aurait dû avoir ses règles, se sont produites des pertes sanglantes abondantes qui durèrent pendant vingt-cinq jours : sang noir, sentant mauvais, et caillots. Douleurs abdominales.

Laparotomie le 21 mars 1898 (M. TUFFIER). — Ablation des annexes droites rompues.

On extrait un fœtus, encore vivant, du sexe masculin. Sa longueur est de 158 millimètres.

Mêmes remarques que pour l'observation précédente. Celle-ci est un peu moins probante puisque la durée de l'aménorrhée (96 jours) est plus longue, bien que les dimensions du fœtus soient sensiblement les mêmes (158 millimètres), indiquant un âge de 4 mois pleins.

OBSERVATION IX

(A. POLLOSSON. Présentation d'un fœtus recueilli au cours d'une laparotomie pour grossesse tubaire rompue avec inondation péritonéale. Société de Chirurgie de Lyon, 22 mars 1900.)

Il s'agit d'une femme de 24 ans, mariée depuis deux ans, primipare. Ses règles furent régulières jusqu'à la fin de janvier. Au mois de février les règles manquent et sont remplacées par deux très faibles hémorragies à quelques jours d'intervalle.

Après une série de coliques qui furent attribuées, d'abord, à de l'appendicite, la malade présenta des symptômes d'hémorragie interne qui nécessitèrent l'intervention.

La laparotomie fit évacuer environ un litre et demi de sang et montra, dans la trompe située en avant de l'utérus et rompue, le fœtus présenté.

POLLOSSON insiste sur le siège de la trompe en avant de l'utérus qui est rare et qu'il rencontre pour la seconde fois. Ordinairement, la trompe gravide tombe en arrière.

Le fœtus mesure environ 7 centimètres de longueur totale. D'après les tables il aurait donc deux mois et demi à trois mois et, comme le développement fœtal est plutôt retardé dans la trompe, on peut admettre qu'il a deux mois.

Or, les règles sont venues normales le 25 janvier ; en se fondant sur elles il faudrait admettre une grossesse de un mois et demi. La conclusion est que dans la grossesse tubaire les règles peuvent persister pendant le premier ou les deux premiers mois.

C'est d'ailleurs probablement un fait assez général si l'on en juge par le volume des placentas retirés en ouvrant des hémato-cèles. Ils ont, en général, le volume d'un œuf de poule ou même d'une mandarine et correspondent à des grossesses de deux mois et demi à trois mois. Or, les observations relatent presque toujours un retard de règles beaucoup moins considérable.

Cette observation se passe de commentaires.

OBSERVATION X

(Thèse de FRÉMOND, Obs. XXIII, service de M. TUFFIER.)

*Grossesse tubaire droite rompue dans l'abdomen.
Inondation péritonéale. Laparotomie. Guérison.*

Résumé. — Jeand..., 32 ans, entrée le 21 mars.

Réglée à 18 ans.

Deux enfants. Accouchements normaux.

Histoire de la maladie actuelle. — Les règles ont cessé de venir depuis le mois de décembre, c'est-à-dire depuis deux mois. Vers le milieu de février, à l'époque où elle aurait dû avoir ses menstrues, se produisent des pertes de sang noir, sentant mauvais. Pas de phénomènes sympathiques de grossesse. Douleurs abdominales.

Actuellement, les douleurs subsistent mais les pertes ont cessé depuis dix jours.

Opération d'urgence le 21 mars. — Une heure après un toucher, douleurs abdominales extrêmement vives, suivies de sueurs froides, de pâleur et syncope.

Laparotomie à 4 heures. Grande quantité de caillots au milieu desquels se trouve un fœtus de 15 centimètres environ avec son cordon et son placenta.

Ablation des annexes droites.

Ici, au lieu d'un embryon de 3 mois, comme le retard de règles pouvait le faire supposer, on trouve un fœtus de 4 mois.

OBSERVATION XI

(OKINCZYK. Société anatomique, 21 novembre 1902.)

Résumé. — Femme de 24 ans, sortait de la Maternité, où elle était depuis un mois, avec le diagnostic de grossesse extra-utérine. Les dernières règles datent du mois d'août et depuis cette époque elle souffre du ventre.

Le 13 novembre, laparotomie. — Sang rouge épanché librement dans le péritoine : la grossesse vient de se rompre.

Ablation de la trompe droite.

Le fœtus mesure 14 centimètres de long.

Le fœtus a 4 mois. Les dernières époques ont eu lieu cependant il y a 3 mois.

OBSERVATION XII

D..., 31 ans. Entrée le 16 août 1924, Salle Sainte-Thérèse.

Vient pour des douleurs abdominales et lombaires avec métrorragies.

Réglée à 12 ans, normalement. Mariée à 20 ans. Quatre grossesses à terme. Un enfant mort de méningite. En 1919, elle est

opérée par le professeur Roux, à Lausanne, d'une rétroversion utérine et appendicectomie. Depuis son opération la malade souffre du ventre et ses règles, sans être plus abondantes, contiennent des caillots.

Le 12 juillet 1924, à 9 heures du soir, quelques jours après la date normale de ses règles, qui étaient régulièrement apparues, elle fut saisie subitement, au milieu de la rue, de douleurs abdominales extrêmement violentes, commençant dans l'hypocondre gauche et se généralisant vite à tout l'abdomen. Elle perdit connaissance et la crise dura jusqu'au matin, avec vomissements. Une crise semblable était déjà survenue une semaine avant, mais beaucoup moins forte. Samedi dernier, 16 août, nouvelle crise, aussi violente que la précédente.

Depuis le 12 juillet, la malade a des pertes rouges ou rosées.

Examen. — Cicatrice médiane adhérente en deux points au-dessus desquels on croit sentir une petite éventration. Masse arrondie et dure au-dessus du pubis.

Toucher. — Utérus de volume normal en bonne position, coiffé sur sa corne gauche d'une masse douloureuse du volume d'une noix. Dans le Douglas, par le toucher rectal, on sent une masse du volume d'une mandarine ; elle est plutôt à gauche, douloureuse, irrégulière, indépendante de l'utérus. Il semble s'agir plutôt d'un kyste dermoïde que d'une salpingite.

Intervention, le 21 août 1924 (Docteur Louis MICHON). — Laparotomie médiane sous-ombilicale le long de la cicatrice opératoire antérieure.

L'utérus ayant été fixé par ligamentopexie et des adhérences s'étant créées entre la face antérieure de l'utérus et la paroi abdominale, on a quelques difficultés à inciser dans le bas. Sang liquide et caillots dans le ventre. Il s'agit d'une grossesse tubaire droite. Le Douglas est occupé par une masse du volume de deux poings qu'on extériorise et qui est composée : d'un œuf de deux mois environ, intact, et d'une masse placentaire irrégulière. Les villosités s'insèrent dans le cul-de-sac latéral droit et sur l'anse grêle terminale qui plonge dans le Douglas. Ablation de l'annexe droite en totalité. (Il semble qu'il s'agisse d'une rupture tubaire avec greffe secondaire de l'œuf dans le péritoine.)

Suites normales. Sort le 10 septembre.

Examen de la pièce. — On trouve un fœtus frais mesurant 9 à 10 centimètres.

Cette observation apparaît comme très démonstrative. La malade présentait au moment de l'intervention un retard de règles de un mois et demi environ (46 jours, du 5 juillet au 21 août). En se basant sur ce chiffre, le fœtus devrait mesurer 22 à 25 millimètres au maximum (longueur au 56^e jour). Or, il avait 9 à 10 centimètres de long, ce qui correspond à un âge de trois mois lunaires révolus. L'écart entre ces deux dimensions est considérable.

On peut donc affirmer que bien que la grossesse ait débuté approximativement vers le 25 mai, les périodes menstruelles du début de juin et de juillet sont restées cependant normales. Dans ce cas, les règles ont donc persisté pendant les deux premiers mois. Et d'ailleurs, l'histoire clinique n'orientait guère vers une grossesse tubaire puisqu'un autre diagnostic fut porté.

2^o Observations sans mensurations

OBSERVATION XIII

(CHEVALIER. *Bulletins de la Société de Chirurgie de Paris*, 1902, page 900. Résumé.)

Troisième cas. — Grossesse tubaire rompue. Inondation péritonéale. Laparotomie. Guérison.

X..., 36 ans. Entrée, le 1^{er} août 1889, à l'hôpital Necker.

Retard de règles, le 23 juin, suivi de pertes sanglantes continues depuis le 28, avec caillots. La malade se croit enceinte. Une syn-

cope, survenue le 24 août, fait porter le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Le 29 août, laparotomie. — Le péritoine est rempli de sang. Extirpation de la trompe droite qui est le siège de la grossesse ectopique. Ablation d'un fœtus de 5 mois et du placenta.

Nous voyons ici, d'une part un arrêt de règles de 3 mois (juin, juillet, août), et d'autre part la constatation d'un fœtus tubaire de 5 mois. Les règles ont donc persisté pendant deux mois sans aucun trouble.

OBSERVATION XIV

(Thèse de MAUR : Observation II, obs. inédite, service de M. le docteur DOLÉRIS.)

Grossesse extra-utérine droite (persistance des règles, lipothymies). Laparotomie le 20 avril 1902.

Résumé. — M^{me} Th..., 36 ans. Entrée le 16 avril,

Réglée régulièrement et tout à fait normalement jusqu'en décembre 1901, bien que depuis fin septembre de la même année elle eut éprouvé des signes rationnels de grossesse (augmentation des seins, colostrum, mamelon et aréole plus foncés, etc...).

En décembre, les règles furent absentes, mais ont reparu régulièrement par la suite.

En novembre et en décembre, il y eut expulsion de quelques lambeaux de muqueuse utérine et d'une petite quantité de sang, mais pas de caillots.

En janvier, douleurs dans la fosse iliaque droite disparues au bout de 15 jours.

Le 24 avril, intervention. — Les annexes droites, ovaire et trompe rupturée, sont logées en arrière et dans le Douglas. Elles sont adhérentes à l'épiploon, mais on arrive facilement à les décoller. Pas de sang, pas de caillots, sauf à la partie moyenne de la trompe droite où un petit caillot ancien, de la grosseur d'une noix, a fait issue par une effraction de la paroi rompue.

Ablation des annexes droites.

Cette observation demande à être analysée. D'abord le diagnostic de grossesse tubaire est certain, bien qu'on n'ait pas trouvé d'embryon : seule, cette affection est susceptible de déterminer les lésions constatées au niveau de la trompe. L'intervention a montré qu'il s'agissait d'une grossesse ectopique ancienne.

On pourrait penser qu'elle s'est développée durant le mois de décembre où les règles ont manqué. Il nous semble plus logique de supposer qu'elle a débuté plus tôt, en septembre, et cela pour deux raisons. Les signes réflexes de grossesse sont en effet apparus à cette date. D'autre part, en novembre, sans qu'il y ait eu auparavant arrêt des menstrues, la malade a expulsé du sang et des fragments de muqueuse utérine (caduque ?), ce qui indiquerait une grossesse ectopique en évolution et même, pour certains, la mort de l'œuf.

Il y a donc tout lieu d'admettre que la fécondation, qui s'est effectuée en septembre, n'a pas modifiée la menstruation deux mois durant. C'est d'ailleurs l'opinion de DOLÉRIS, qui inscrit en tête de l'observation : Persistance des règles.

OBSERVATION XV

(TÉMOIN. Congrès de Chirurgie, 1903.)

Observation II. — Femme de 37 ans, toujours bien réglée, qui a eu un enfant il y a dix ans. Les dernières règles datent du mois de juillet 1903.

Il y a six mois, elle fut soignée pour une crise d'appendicite.

Le 19 juillet, douleurs violentes. Vomissements, douleurs très vives à droite. Après deux jours, ces douleurs se calment, le diagnostic d'appendicite se confirme.

La malade entre dans mon service le 30 juillet.

Opération le 31 juillet. Incision latérale. Dès que la cavité abdominale est ouverte, du sang noir s'écoule par la plaie. Ce sang remplit tout le petit bassin et dans ce sang baigne une masse formée par l'appendice et l'épiploon.

Je referme la plaie latérale et je fais la laparotomie médiane. Il s'agit bien d'une inondation péritonéale ; les anses intestinales baignent dans le sang.

On refoule les anses et on trouve derrière l'utérus un fœtus de trois mois au moins, du sexe masculin, sorti d'une poche qui semble un diverticule de la trompe droite.

Ablation de la trompe et de l'appendice.

Guérison.

La disproportion est extrêmement nette. L'aménorrhée est, au maximum, d'un mois et cependant l'embryon extrait a plus de trois mois : donc, règles normales, malgré la grossesse, deux mois durant. A noter encore ici l'abondance de l'hémorragie (les anses baignent dans le sang), bien que la grossesse soit cliniquement très jeune.

OBSERVATION XVI

(Communication de M. DURAND à la Société de Chirurgie de Lyon.
Séance du 17 février 1910.)

Une femme de 36 ans, ayant eu une grossesse antérieure, entre dans mon service, le 23 juin 1909, pour une lésion que je reconnus vite être une grossesse extra-utérine.

Au début de février, règles normales ; en mars, léger retard, évouement sanguin très peu abondant, mais prolongé. En avril, nouveau retard, écoulement presque insignifiant. Depuis cette époque, augmentation de volume du ventre, sans aucun signe de grossesse.

Au palper bimanuel, utérus augmenté de volume en tous sens, rejeté en avant et à droite par une volumineuse tumeur remplissant le Douglas et remontant, sans limite bien nette, jusqu'au voisinage de l'ombilic, derrière l'utérus. Dans les heures qui

suivirent l'entrée dans le service, la malade éprouva des douleurs, sans température ni signe de péritonite, et le volume de la tumeur, au dire de l'interne, augmenta notablement.

Je fis le diagnostic de grossesse extra-utérine de 4 à 5 mois, en voie de rupture.

Laparotomie immédiate. — Dès l'ouverture du péritoine, je trouvai un peu de sang, deux verres à peine, répandu dans l'abdomen. Je clivai et enlevai facilement le kyste fœtal; l'ablation fut surtout facilitée par la traction de l'utérus au dehors du ventre, au moyen de la pince souple de Dartigues. La grossesse était développée dans la trompe gauche qui présentait une rupture encore incomplète d'une zone amincie. Le fœtus, de par ses dimensions et son développement, paraissait âgé de plus de 5 mois : il ne survécut naturellement pas. Guérison sans incident de la mère.

Dans cette observation, l'interruption des règles est de 4 mois et demi (début de février au 23 juin) et le fœtus paraît avoir plus de 5 mois. La menstruation a donc eu lieu pendant le premier mois de la grossesse tubaire.

En résumé, de l'examen de ces 16 observations, il résulte que les règles ont persisté après le début de la grossesse extra-utérine :

dans 1 cas : 3 mois (Obs. IV) ;

dans 6 cas : 2 mois (Obs. I, V, XII, XIII, XIV) ;

dans 9 cas : 1 mois (Obs. II, III, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XVI).

On peut faire, nous semble-t-il, à ces observations deux critiques principales :

a) Une seule mensuration ou pesée ne suffit pas pour déterminer exactement l'âge d'un fœtus.

b) La date des dernières règles peut avoir été mal précisée.

1° Les observations sans indications des dimensions de l'œuf sont évidemment passibles de la première de ces objections.

Il en est deux cependant (Obs. XIII et XV) où l'écart est considérable entre l'âge du fœtus et la durée de l'aménorrhée : fœtus de 5 mois et disparition des menstrues depuis 3 mois dans l'Obs. XIII; arrêt de règles de 1 mois et fœtus de 3 mois au moins dans l'Obs. XV. Se fut-on trompé d'un mois dans l'évaluation de l'âge de l'embryon que ces observations gardent leur valeur démonstratives malgré l'absence de données numériques.

Quant aux observations qui rapportent le poids, la longueur du fœtus ou de ses annexes, nous les classerons en deux catégories.

Le premier groupe est constitué par celles qui fournissent plusieurs chiffres : longueur du fœtus et du cordon, épaisseur du placenta (Obs. I); longueur du fœtus, poids du fœtus et du placenta (Obs. II); poids du fœtus et du placenta (Obs. VI). Ces diverses mensurations concordent pour donner à l'embryon un âge précis et mettent ces observations hors de cause.

Dans le deuxième groupe se rangent les observations ne donnant qu'une seule indication de poids ou de longueur. Mais là encore (mises à part les Obs. VIII et X)

il y a disproportion manifeste entre les dimensions de l'embryon et celles qu'il devrait avoir d'après la date des dernières règles.

L'âge du fœtus serait-il déterminé à 15 jours près seulement, que celui-ci aurait encore un développement plus considérable que ne le comporte la durée présumée de la grossesse.

Dans toutes nos observations il faut noter, de plus, ainsi que nous l'avons fait remarquer plus haut, que nous avons accordé à l'embryon l'âge (supposé) maximum en faisant partir le début (présumé) de la grossesse de la date des dernières menstrues, alors que les accoucheurs ne la font commencer que 7 ou 10 jours plus tard.

Qu'une seule donnée numérique ne permette de déterminer qu'approximativement l'âge d'un fœtus, soit, mais qu'on nous concède que cette incertitude relative est balancée par la marge étendue séparant l'âge réel de l'âge présumé, celui-ci pouvant être moins avancé que nous ne l'avons admis.

2° L'interrogatoire peut n'avoir pas précisé la date des dernières époques parfaitement normales, qu'il peut être difficile de distinguer des écoulements pathologiques.

M. ALBERTIN a très clairement exposé cette objection (voir page 21). A l'occasion d'une communication de LEGUEU, PINARD a insisté sur les imprécisions de l'interrogatoire sur ce point.

En effet, la femme peut être de mauvaise foi, ayant parfois intérêt à tromper le médecin ou à chercher à le faire.

Si elle est sincère ou bien elle s'observe mal : il en est

qui ne se souviennent pas de la date de leurs règles, ayant besoin pour le savoir, dit PINARD, de consulter leur carnet de linge; ou encore elle s'observe bien mais ne peut interpréter médicalement ce qu'elle remarque, car il est peu commode pour elle de différencier ce qui est l'écoulement menstruel d'avec un écoulement pathologique.

Nous ne pouvons nous porter garant de la précision de l'interrogatoire, ces observations n'étant pas personnelles.

Toutefois, nous ferons remarquer que certaines d'entre elles sont très explicites à ce point de vue (Obs. I, V, VI, VII, IX, XII, XVI); que beaucoup proviennent d'un service d'obstétrique (II et VI, PINARD; XI) ou de gynécologie (I, VII, IX, XII, XIV) où il y a lieu de croire que les questions ont été minutieuses.

D'ailleurs, en admettant même l'inexactitude des renseignements fournis sur l'état des règles, les *conséquences cliniques* restent semblables. On croira, d'après les réponses, à la persistance de la menstruation, ce qui fera éliminer la grossesse extra-utérine. Or, et c'est précisément le point que nous voudrions mettre en lumière, une menstruation normale (au dire de la malade) ne doit pas faire rejeter systématiquement l'idée d'une gestation ectopique. C'est en s'appuyant sur d'autres symptômes que doit se fonder le diagnostic. Nous y reviendrons plus loin.

Nous aurions pu apporter un nombre plus élevé d'observations, mais à cause de leur imprécision sur les 2 points intéressants (moment des dernières règles et développement de l'œuf), nous avons dû en écarter un grand nombre qui, de ce fait, prêtaient le flanc à la critique.

Si nous n'en avons pas de personnelle, c'est que, depuis que notre attention a été attirée par ce sujet, nous n'avons pas eu l'occasion de rencontrer des cas parfaitement démonstratifs, l'un ou l'autre des renseignements capitaux faisant défaut : l'embryon n'ayant pu être retrouvé dans les caillots ou la malade étant de celles dont on ne peut tirer aucune réponse précise. *

CHAPITRE II

Disparition brusque des règles lors de la rupture tubaire

Les règles subsistant un à deux mois au début de la grossesse ectopique, que va-t-il se passer si pendant cette phase silencieuse se déclarent les accidents habituels (rupture, perforation, etc...) ?

Lorsqu'ils surviennent en période intermenstruelle, la scène clinique reste banale. Suivant l'importance de l'hémorragie des signes d'inondation péritonéale ou d'hématocèle apparaîtront. L'intervention seule ménagera une surprise en faisant constater un embryon beaucoup plus volumineux qu'on ne le supposait.

Mais, très souvent, la complication coïncide avec l'époque des règles. C'est un fait bien connu, signalé par tous les auteurs. TROUSSEAU, déjà, avait qualifié l'hématocèle péri-utérine de cataméniale.

Il est très probable que la congestion pelvienne intense qui survient au moment des époques est pour quelque chose dans la rupture du sac foetal. L'hyperémie locale

suffit pour faire éclater une trompe déjà distendue et très vascularisée.

Le tableau clinique est alors très particulier.

Il s'agit de femme dont les règles précédentes ont été normales et qui, depuis quelques jours, ont leur écoulement menstruel. Le syndrome caractéristique de la rupture tubaire apparaît brutalement avec ses signes plus ou moins accentués d'hémorragie interne, en même temps que les règles s'arrêtent brusquement. Pendant quelques jours, il n'y a plus aucune perte vaginale. Peu après, à moins d'intervention, débiteront les métrorragies symptomatiques de la lésion tubaire.

En interrogeant avec soin ces malades, on apprend que ces accidents sont survenus « à la suite d'un froid ». C'est après avoir lavé du linge, après s'être exposée au froid, simplement même après une injection vaginale de température trop basse que la douleur abdominale, la syncope, etc..., s'est produite.

Bref, le refroidissement périphérique est fréquemment retrouvé à l'origine des accidents.

Cet ensemble clinique très spécial a été observé au moins une fois par M. VILLARD.

Il a le souvenir très net d'une malade de la salle Gensoul, dont l'histoire était tout à fait celle que nous venons d'exposer : menstruation antérieure normale, règles apparues depuis 2 à 3 jours, la femme prend froid, les accidents hémorragiques éclatent tandis que l'écoulement sanguin cesse.

Nous n'avons pu retrouver l'observation de cette malade, ou du moins l'interruption brusque des règles à l'occasion d'un abaissement de la température super-

ficielle n'avait pas été notée, n'ayant été probablement révélée qu'à un interrogatoire très soigneux.

La littérature médicale ne nous a fourni que peu de choses à ce sujet.

Dans les *Annales de Gynécologie*, de septembre 1895, M. CONDAMIN écrit : « C'est généralement à l'époque d'une période menstruelle brusquement interrompue que survient l'accident (la rupture de la trompe) », sans donner d'autres détails.

BOUILLY, sur 50 cas de grossesse extra-utérine, trouve 4 fois le début brusque de violentes douleurs en coïncidence avec l'arrêt brusque des règles, mais ne donne pas non plus d'autres renseignements.

La seule observation, à notre connaissance, relatant cette disparition brusque du flux menstruel lors d'une hémorragie intra-péritonéale par grossesse tubaire, est due à M. MURARD.

En voici le résumé :

OBSERVATION

(MURARD. Société de Chirurgie de Lyon, 1921.)

M^{lle} B... Hélène, 20 ans.

Arrive, le 25 juillet 1920, à l'Hôtel-Dieu, pour un syndrome abdominal aigu datant de trois jours.

Auparavant, bonne santé. Régée régulièrement.

Le 23 juillet, dans la matinée, elle se mit brusquement à souffrir du côté gauche et eut un vomissement. Elle était réglée depuis deux jours et ses règles étaient normales, sans aucun jour de retard, la malade est très affirmative.

Dès le début des douleurs, *ses règles s'arrêtèrent*.

Le 24, douleurs violentes et syncope.

Laparotomie. — Un geyser de sang pur s'échappe de l'abdomen.

Examen de la pièce : œuf de la région ampullaire, avortement tubo-abdominal.

Cette observation signale donc l'interruption soudaine des règles coïncidant avec une importante hémorragie ayant son point de départ dans la trompe gravide. Elle ne mentionne pas un refroidissement périphérique à ce moment-là.

Cette disparition de l'écoulement cataménial semble paradoxale puisqu'en phase intermenstruelle la rupture tubaire va, au contraire, provoquer des métrorragies. Si l'on réfléchit au mécanisme probable des accidents, il n'en est rien.

La congestion pelvienne menstruelle est un facteur de l'éclatement du kyste foetal par l'hypertension vasculaire locale qu'elle détermine. Une autre cause, le refroidissement des couches périphériques de l'organisme, vient encore augmenter l'afflux sanguin péri-utérin et provoquer ainsi la rupture.

L'état d'anémie de la peau dû au froid, congestionne les organes splanchniques. Pour diminuer la perte de chaleur par la surface cutanée, les vaisseaux superficiels se resserrent. En raison du continuel balancement entre les circulations locales, il se produira dans le territoire profond antagoniste, une vasodilatation à laquelle la trompe participera comme tous les viscères abdominaux.

Ce supplément d'apport sanguin suffira à causer la rupture que la congestion menstruelle avait rendue imminente.

L'hémorragie interne consécutive aura pour résultat d'abaisser la pression artérielle générale. Du fait de cette hypotension, l'écoulement menstruel va s'arrêter.

CHAPITRE III

Conséquences Cliniques

La menstruation persiste assez souvent 1 à 2 mois au cours de la grossesse tubaire. Les accidents éclatent parfois au moment d'une époque conservée et déterminent, par leur apparition, la cessation brusque des règles.

Aussi, dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine non compliquée, encore latente, l'interrogatoire concernant la menstruation n'aura pas la même valeur que dans la grossesse intra-utérine.

Dans ce dernier cas, à part de rarissimes exceptions, l'aménorrhée est absolue dès le début de la gestation : ici se vérifie l'axiome de PINARD.

Il est loin d'en être de même dans la grossesse ectopique où la persistance des règles ne doit pas faire éliminer une gestation tubaire.

Si les troubles menstruels n'ont pas une importance primordiale, quels sont les symptômes à rechercher pour s'orienter vers une grossesse extra-utérine encore latente ?

L'interrogatoire fournit cependant des renseignements

intéressants : les signes rationnels de grossesse, les douleurs abdominales surtout sont parmi les plus importants.

Les phénomènes sympathiques de gravidité ne sont pas aussi netés que dans la gestation normale : toutefois, il y a souvent des nausées matinales, des vertiges (DOLÉRIS), des picotements au niveau des seins qui augmentent de volume et dont l'aréole se pigmente. La constatation de colostrum a plus de signification.

Les douleurs sont un signe excellent. Dans cette période initiale, elle ne manquent presque jamais.

Elles sont, en général, les premières en date avant tout autre symptôme.

Elles siègent dans le bas-ventre, à droite ou à gauche, puis s'irradient dans différentes régions, dans les reins ce qui est habituel, dans les aines, la cuisse.

Il s'agit parfois d'une sensation de pesanteur pelvienne continue. Plus souvent c'est une douleur lancinante sujette à des exacerbations, à des accès qualifiés de coliques salpingiennes. La marche, la station debout les exagèrent. Il est des cas où elles sont intolérables, obligeant la femme à cesser ses occupations et à réclamer instamment une thérapeutique efficace.

C'est donc là un signe essentiel sur lequel nous insistons du fait de sa constance.

Les écoulements anormaux, enfin, différents des règles par leur date d'apparition, leur couleur raisiné, leur quantité, la présence rare, il est vrai, de lambeaux de caduque utérine sont caractéristiques. Mais, comme nos observations en font foi, ces pertes ne se produisent qu'un mois ou deux après le début réel de la grossesse.

A l'inverse de l'interrogatoire, un examen soigneux ne pourra guère tromper.

Le toucher vaginal combiné au palper abdominal, aidé, dans certains cas, du toucher rectal, donne de précieuses indications. Il est rare que la palpation abdominale seule présente un intérêt diagnostique.

Le toucher va permettre d'apprécier l'état de l'utérus et de percevoir la tumeur annexielle.

Le col est souvent élevé, plaqué contre la symphyse par le refoulement de l'utérus en avant. Si on apprécie sa consistance, on se rend compte qu'il est ramolli, mais ce ramollissement n'est jamais aussi complet et aussi profond que dans la grossesse normale.

L'utérus est gros, mais cette hypertrophie n'est pas en rapport avec l'âge de la gestation. Sa consistance est légèrement plus molle que normalement. Il est porté en avant, déjeté à gauche ou à droite, a conservé sa mobilité.

A côté de lui on perçoit, dans un cul-de-sac latéral parfois, mais beaucoup plus souvent dans le cul-de-sac postérieur, une masse indépendante de l'utérus, dont le sépare un sillon. Son volume est variable, sa forme arrondie. Elle donne au doigt une sensation de mollesse élastique, surtout à sa partie centrale. Elle est peu ou pas douloureuse, ne paraît pas chaude, présente quelquefois des battements. Elle est peu ou pas mobile. L'examen de l'autre trompe (à moins de lésions annexielles associées) est négatif : la dilatation tubaire est unilatérale.

L'exploration sera toujours conduite avec ménagement, sous peine de provoquer une rupture du kyste fœtal.

Mais il faut savoir qu'un seul examen ne suffit pas

toujours. On doit le renouveler à 8 ou 10 jours d'intervalle en surveillant la malade mise au repos pendant ce temps. Si alors, la tumeur juxta-utérine a nettement augmenté de volume et que l'hypertrophie de l'utérus s'est légèrement accrue, on sera en droit de poser le diagnostic de grossesse tubaire.

CONCLUSIONS

I. — L'évolution d'une grossesse extra-utérine n'a pas sur la cessation des règles une influence aussi nette que la grossesse normale.

II. — D'une façon assez constante, l'arrêt des règles dans le cours de l'évolution d'une grossesse extra-utérine ne survient qu'avec un retard de un à deux mois.

III. — Ce fait, soupçonné par la disproportion entre l'abondance des hémorragies et la date de la grossesse calculée sur les dernières époques, est rendu évident par les mensurations des fœtus.

IV. — Dans le cas où la rupture tubaire se produit pendant la période de persistance des règles et à l'occasion de celles-ci, on pourra observer le fait paradoxal de la rupture coïncidant avec un arrêt des règles.

V. — Les faits précédents expliquent les difficultés fournies par l'interrogatoire dans le diagnostic de la grossesse extra-utérine.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	VILLARD.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 20 Novembre 1924.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
J. CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN. — Société de Chirurgie de Lyon. Séance du 17 février 1910. (*Lyon Chirurgical*, 1910, n° 4. page 477.)
- ALBERTIN et DESGOUTTES. — De la grossesse tubaire. (*Lyon Chirurgical*, 1^{er} mars 1909, page 453.)
- BAZALGETTE. — Des grossesses tubaires méconnues. (*Thèse de Paris*, 1904-1905.)
- BOUILLY. — Notes sur la grossesse extra-utérine. (*La Gynécologie*, février et avril 1898.)
- CAZEAX. — Etudes anatomiques des modifications de l'utérus au cours des grossesses ectopiques. (*Thèse de Paris*, 1903-1904.)
- CHARPENTIER. — *Traité pratique des accouchements*, 2^e édition. Paris, 1889.
- CHEVALIER. — *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1902, page 900.
- CONDAMIN. — *Annales de Gynécologie*, septembre 1895, page 175.
- COUVELAIRE. — Etudes anatomiques sur les grossesses tubaires. (*Thèse de Paris*, 1900-1901.)
- DEGOU. — Quelques considérations sur le développement du fœtus. (*Thèse de Paris*, 1902-1903.)
- DUMONT-PALLIER. — *Annales de Gynécologie*, 1878, page 1.
- FORGUE et MASSABUAU. — Gynécologie. (*Nouveau traité de Chirurgie*, Paris, 1916.)

- FRÉMOND. — Indications opératoires dans la grossesse extra-utérine. (*Thèse de Paris*, 1900.)
- FAURE et SIREDEV. — *Traité de Gynécologie médico-chirurgicale*, 2^e édition, Paris, 1914.
- GOUILLOUD. — Société de Chirurgie de Lyon : séances du 2 mai 1901, du 26 novembre 1903, du 17 février 1910, du 3 mars 1921. Société des Sciences Médicales : séance du 30 juin 1909.
- HIRST (D.-C.). — La douleur et la menstruation dans la grossesse extra-utérine. (*Lyon Médical*, 1898, page 595.)
- LABADIE, LAGRAVE et LEGUEU. — *Traité médico-chirurgical de Gynécologie*, 2^e édition, Paris, 1901.
- LE DENTU et BONNET. — *Traité de Chirurgie*, 1900.
- MAUR. — Contribution à l'étude de la symptomatologie de la grossesse extra-utérine spécialement dans sa première période. (*Thèse de Paris*, 1903.)
- MÜLLER (P.). — Ueber extra-uterin gravidität. (*Analyse in Revue de Gynécologie*, 1906.)
- MURARD. — Société de Chirurgie de Lyon, séance du 3 février 1921. (*Lyon Chirurgical*, 1921, page 386.)
- OKINCZYC. — *Bulletin de la Société Anatomique de Paris*, 21 novembre 1902.
- OLSHAUSEN. — III^e Congrès des Gynécologues allemands. Fribourg, 1889. (*Analyse in Deutsche Med. Wochenschrift*, 1889.)
- PACALIN. — Contribution à l'étude clinique de la grossesse à la fois utérine et extra-utérine. (*Thèse de Lyon*, 1902-1903.)
- PICHEVIN. — Semaine Gynécologique, 22 avril 1902. (*La Gynécologie*, 1902.)
- PINARD. — *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, tome XI, article grossesse extra-utérine, Paris, 1886.
- *Annales de Gynécologie*, avril 1889.
- *Annales de Gynécologie*, septembre 1892.

- PINARD. — *Semaine Médicale*, 1894, page 9.
- *Annales de Gynécologie*, août 1895.
- *Bulletin Médical*, 29 octobre 1902, page 908.
- POLLOSSON (A.). — *Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon*, 1900, page 146.
- PONCET (A.). — *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, tome XII, article hématoecèle. Paris, 1886.
- POTHERAT. — *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 1896, page 30.
- POZZI. — *Traité de Gynécologie*, 4^e édition. Paris, 1905.
- La pratique de l'art des accouchements*, 3^e édition. Paris, 1914.
- RALLI. — *Etude clinique de la grossesse extra-utérine*. (Thèse de Paris, 1899-1900.)
- RIBEMONT-DESAIGNES et LEPAGE. — *Précis d'Obstétrique*, 3^e édition. Paris, 1897.
- ROUTIER. — *Annales de Gynécologie*, 1896.
- SINÉTY (DE). — *Traité pratique de Gynécologie*, 2^e édition. Paris, 1884.
- TÉMOIN. — *Congrès de Chirurgie*, 1903, page 781.
- THOMPSON LUSK (William). — *Science et art des accouchements*, traduit par DOLÉRIS.
- WEST. — *Leçons sur les maladies des femmes*, 3^e édition. Paris, 1870.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — La menstruation dans la grossesse extra-utérine avec fœtus vivant.....	13
I. — Données classiques, Historique	14
II. — Persistance des règles au cours de la gros- sese extra-utérine	22
CHAPITRE II. — Disparition brusque des règles lors de la rupture tubaire	49
CHAPITRE III. — Conséquences cliniques.....	53
CONCLUSIONS	57
BIBLIOGRAPHIE	59

— LYON —

IMPRIMERIE EXPRESS

46, rue de la Charité

